FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1929 — N° 339

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean DELANGE

Né le 15 août 1903 à Flers-de-l'Orne
Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Ex-interne des Hôpitaux du Havre

A propos d'un cas d'Éléphantiasis nostras de la Vulve

Président : M LECÈNE, *professeur.*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1929 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean DELANGE

Né le 15 août 1903 à Flers-de-l'Orne
Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Ex-interne des Hôpitaux du Havre

A propos d'un cas d'Éléphantiasis nostras de la Vulve

Président : M. LECÈNE, *professeur.*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1929

I. — DOYEN. . . M. ROGER.

LES PROFESSEURS

	MM
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. M. LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeurs sans chaire	BRANCA. MAUCLAIRE.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

II. — AGRÉGES EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie medicale.
ALAJOUANINE. Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN . . Pathologie médicale.
BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN. . Pathologie médicale
BINET . . . . Physiologie.
BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
BROCQ. . . . Pathologie chirurgicale
BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
CADENAT . . Pathologie chirurgicale
CHABROL . . Pathologie médicale.
CHIRAY . . . Pathologie médicale.
CLERC. . . . Pathologie médicale.
DEBRÉ . . . . Hygiène.
DOGNON. . . Physique.
DONZELOT . . Pathologie médicale.
DUVOIR . . . Médecine légale.
ÉCALLE . . . Obstétrique.
FIESSINGER . Pathologie médicale.
GARNIER . . Pathologie expérimentale
GATELLIER . Pathologie chirurgicale
GIROUD . . . Histologie.
HARVIER. . . Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER Urologie.
HOVELACQUE . Anatomie.
HUTINEL. . . Pathologie médicale.

MM.

JOYEUX . . . Parasitologie.
LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE. . Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX. . . Anatomie pathologique
LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
LHERMITTE . Pathologie mentale.
LIAN. . . . . Pathologie médicale.
MATHIEU. . . Pathologie chirurgicale
MERCIER (F.) Pharmacologie.
METZGER . . Obstétrique.
MONDOR. . . Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
MULON. . . . Histologie.
OBERLING. . Anatomie pathologique.
OLIVIER. . . Anatomie.
PHILIBERT. . Bactériologie.
QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils. . Physiologie.
SÉZARY . . . Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) . . Pathologie médicale.
VAUDESCAL. Obstétrique
VELTER. . . . Ophtalmologie
VERNE. . . . Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET. . . . . Pharmacologie.
GUENIOT. . . . . Obstétrique.
LEQUEUX . . . . . Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE. . Parasitologie.

MM.

RETTERER. . Histologie.

ZIMMERN. . . Physique.
N. . . . Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.	
ALGLAVE . .	Clinique chirurgicale.
AUVRAY. . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER. .	Clinique obstétricale.

MM.	
LERI	Clinique médicale.
MOCQUOT . .	Clinique chirurgicale
PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émise dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Qui ont toujours été pour moi tout dévouement, affection et sages conseils, j'adresse ma filiale reconnaissance.

A MES SŒURS ET A MON FRÈRE

Bien faible témoignage de ma tendre affection.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

En souvenir des belles années d'insouciance et de gaieté que nous avons passées ensemble.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE DE CAEN

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

WIART

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

LÉON TIXIER

Médecin de l'Hôpital de la Charité

LIAN

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine
Médecin de l'Hôpital Tenon

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
ET LA MATERNITÉ DU HAVRE

MM. Les Docteurs Julien LE NOUËNE (*in memoriam*), Léopold LE NOUËNE, TESTARD, OUVRY, GIBERT, PERRIGAULT

Témoignage de respectueuse affection et de vive reconnaissance pour la sollicitude et les conseils judicieux qu'ils m'ont prodigués.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. Le Professeur LECÈNE

Professeur de Pathologie chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

Hommage de reconnaissance pour l'honneur qu'il veut bien me faire en acceptant la présidence de cette thèse.

A MON JURY DE THÈSE

AVANT-PROPOS

Il est des usages que certains traitent de désuets et auxquels il est pourtant bien doux de se conformer. L'habitude d'acquitter un tribut de reconnaissance à la première page de nos thèses de doctorat est vraiment de ceux là. Nous avons contracté tant de dettes morales et nous avons de si nombreux créanciers ! Du reste cette période de transition où l'on quitte l'insouciance joyeuse de « l'escholier » pour revêtir avec la sévère robe de docteur toutes les préoccupations et les lourdes responsabilités de la carrière médicale est bien choisie pour remercier tous ceux qui de près ou de loin ont façonné notre esprit et contribué à la formation de notre avenir.

Nos remerciements iront tout d'abord aux professeurs de l'Ecole de Médecine de Caen, à ses distingués Médecins et Chirurgiens de l'hôpital où nous avons accompli nos premières années. Guidé avec sollicitude par ces Maîtres expérimentés, nous en avons retiré un grand profit pour notre pratique future.

A Paris, durant nos trois années d'externat dans

A propos d'un cas d'Éléphantiasis nostras de la Vulve

INTRODUCTION

C'est au cours de notre internat dans le service chirurgical du Dr Le Nouëne que nous avons rencontré le cas d'éléphantiasis de la vulve que nous publions aujourd'hui.

Nous l'étudierons au double point de vue clinique et anatomo-pathologique et essaierons, après une étude étiologique générale de la question, de déterminer la cause dans notre cas particulier.

Commençons par quelques mots d'historique qui montreront la complexité du problème.

Définition. Historique

Suivant la définition de Besnier modifiée par Dominici : « l'Eléphantiasis est une hypertrophie régionale chronique à marche extensive liée à la réaction inflammatoire de l'appareil conjonctivo-vasculaire et à la production d'œdèmes ».

Cette hypertrophie cutanée régionale est conditionnée par l'association de trois facteurs pathogé-

niques : la stase lymphatique, l'inflammation et la stase veineuse.

Le mot éléphantiasis fut créé par les Arabes vers le IXe siècle de notre ère sous le nom « dha-el-phil » (pied d'éléphant). Il fut longtemps considéré comme une espèce morbide. Ainsi compris le chapitre unique de l'éléphantiasis se trouvait renfermer un grand nombre de groupes fort distincts qui en furent détachés successivement selon la conception étiologique et pathogénique à laquelle se ralliaient les différents auteurs.

En 1848, Huguier décrit sous le nom d' « Esthioméne » l'hypertrophie vulvaire secondaire à une ulcération, selon lui d'origine tuberculeuse. Besnier en 1878 montre qu'il n'y a pas un éléphantiasis nettement défini mais des états éléphantiasiques dont les causes sont multiples. Plus tard, Sabouraud insiste sur l'importance extrême de l'infection streptococcique. Mais peu à peu des faits nouveaux autorisèrent à penser que le streptocoque n'est pas toujours en cause, que l'on peut rencontrer d'autres espèces microbiennes.

On a distingué plus tard des éléphantiasis mécaniques et des éléphantiasis infectieux : cette distinction ne mérite plus d'être conservée car si, comme l'a fait remarquer Audry, la stase lymphatique est la cause favorisante indispensable à tous les éléphantiasis, il faut reconnaître avec Forgue le rôle constant de l'infection, ce qui conduit à envisager une classification microbienne : éléphantiasis strep-

tococcique, staphylococcique, pneumococcique, à tréponème, à bacille de Koch...

Enfin dans ces dix dernières années les travaux relatifs à la question montrent avec évidence l'incertitude étiologique de l'éléphantiasis. Certains comme Queyrat et Deguignaud accusent les pyocoques. Hudelo, Caillau et Pierrot rapportent en 1924 un cas d'éléphantiatis ano-recto-vulvaire d'origine tuberculeuse chez une syphilitique. Gougerot accuse la tuberculose dans la moitié des cas. En 1927, Milian et Delarue rapportent deux observations d'éléphantiasis vulvaire : le premier tuberculeux chez une femme syphilitique, le deuxième sous la dépendance directe de la syphilis.

Hudelo et Rabut dans la *Presse Médicale* du 29 janvier 1927 élargissent encore le cadre étiologique de cette affection et admettent un éléphantiasis filarien, strepto-staphylococcique, tuberculeux et vénérien. Darier montre le même éclectisme dans son *Précis de Dermatologie*.

En somme, en réservant un rôle indiscutable à la malpropreté et aux infections locales secondes, on doit, semble-t il, faire de l'éléphantiasis vulvaire un syndrome à l'origine duquel peuvent se rencontrer de multiples affections.

OBSERVATION CLINIQUE

Mme E... entre le 4 février 1929 dans le service du Dr Le Nouëne à l'hôpital Pasteur du Havre pour une lésion vulvaire.

Elle est âgée de 30 ans. On ne note rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et collatéraux. Elle est la dernière d'une famille de huit enfants. Son père est mort accidentellement en 1913 et sa mère, en bonne santé, habite Barcelone. Elle a un frère officier à bord d'un transatlantique et six sœurs mariées à Barcelone, toutes en bonne santé et mères d'enfants bien portants. Aucune n'a jamais eu de lésion comparable.

Son mari, mécanicien aux environs du Havre, et âgé de 34 ans, jouit d'une santé excellente.

Antécédents personnels. — Mme E... a marché vers 16 mois et n'a jamais eu aucune maladie pendant son enfance. Mais à l'âge de 12 ans elle aurait fait, suivant ses dires, une péritonite tuberculeuse à forme ascitique qui fut à l'origine de l'état d'anémie dont elle aurait souffert pendant toute son adolescence. Elle aurait en outre présenté autrefois des adénites froides sous-maxillaires qui n'ont pourtant laissé aucune trace visible. Elle a été réglée à 15 ans : ses règles ont toujours été depuis à peu près régulières mais peu abondantes et douloureuses.

Depuis son mariage Mme E... a eu trois enfants tous morts en bas âge. Elle a fait trois fausses couches, spontanées, survenues toutes les trois vers le 2e-3e mois de la gestation. En 1924 à la suite de sa dernière fausse couche, atteinte d'une éruption suspecte, notre malade alla consulter un médecin de la ville qui fit une prise de sang et la mit ensuite au traitement par injections de Novar. Nous ignorons cependant le résultat du Wassermann. Une seule série de piqûres fut pratiquée : la malade ne souffrant pas renonce à un traitement trop onéreux dont elle ne voit pas l'utilité.

A ce moment-là encore, Mme E...n'avait jamais rien remarqué d'anormal du côté de ses organes génitaux : ni bouton, ni écorchure. Elle ne se plaignait pas de maux de gorge ni de céphalées et présentait seulement, avec des signes en rapport peut-être avec une imprégnation tuberculeuse (asthénie, léger amaigrissement, toux, sueurs faciles...) un léger œdème de la cheville gauche sur lequel nous reviendrons. Elle nie toute spécificité.

Ce n'est que quelques mois plus tard, en 1925, qu'aurait débuté l'hypertrophie vulvaire.

Il y eut d'abord apparition sur la petite lèvre gauche d'une petite saillie indolore, du volume d'une noisette, survenue de façon insidieuse sans ulcération ni érosion préalable. La malade, ne souffrant pas, n'y attache aucune importance.

Cependant l'accroissement s'opérait lentement. Mais ce n'est qu'à partir de juin 1928 que la tuméfaction devint rapidement envahissante et s'étendit à toute la vulve, sans phénomènes douloureux, sans troubles du coït, de la miction ou de la défécation. La malade éprouvait seulement une gêne

de la marche mais continuait encore son travail et s'imposait tous les jours sans douleur ni grande fatigue une course de vingt kilomètres environ à bicyclette.

Devant l'augmentation sans cesse croissante de la tuméfaction vulvaire, Mme E... se décide enfin à entrer à l'hôpital.

Examen local. — La région vulvaire est considérablement déformée ainsi qu'on peut en juger par les photographies ci-jointes.

La vulve offre à la vue au premier abord une tumeur médiane, comme pédiculée, tombant au-devant de l'orifice anal. Cette tumeur est piriforme, à grosse extrémité inférieure et présente dans ses plus grandes dimensions 13 centimètres de longueur sur 9 centimètres de largeur. Sa consistance est dure, égale dans toute son étendue. Elle est insensible au toucher ou même à une pression plus forte. Si on la soulève et si on l'examine avec soin, on reconnaît qu'elle se continue avec la petite lèvre gauche dans toute son étendue dont elle est évidemment une prolongation.

Cette base étendue en hauteur n'a pas plus de 1 centimètre d'épaisseur.

Les grandes lèvres sont considérablement tuméfiées, plus que triplées de volume. Toutes deux sont d'une couleur pâle avec un aspect bleuâtre, élastiques, indolores.

La peau qui les recouvre est saine et mobile et présente des stries analogues aux vergetures.

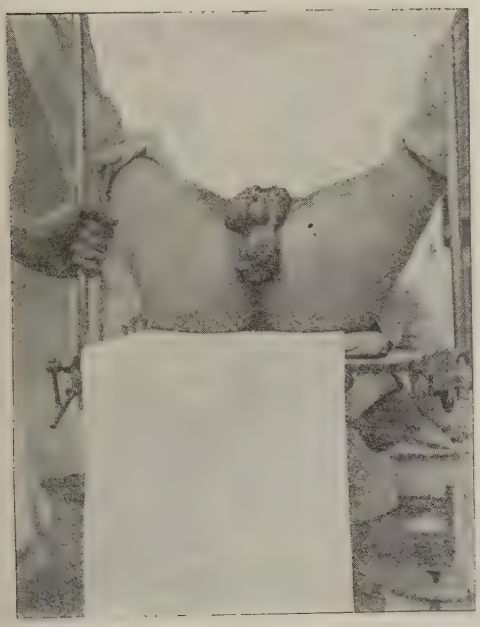
Le clitoris atteint le volume d'un pouce d'adulte.

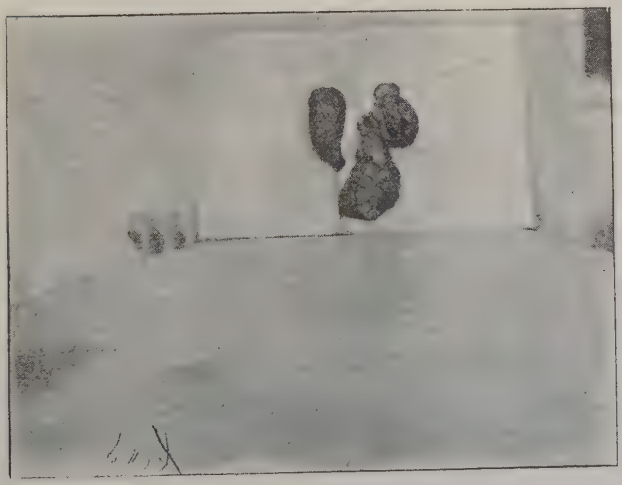
On ne remarque aucune ulcération.

Il n'existe pas de ganglions inguino-cruraux.

Il n'y a pas de fistule ni de rétrécissement ano-rectal.

PLANCHE I





L'examen gynécologique est négatif.

Examen général. — Appareil pulmonaire : la percussion révèle une submatité du sommet gauche et l'auscultation permet de déceler à ce niveau un foyer de râles humides, surtout perceptibles en avant sous la clavicule.

Une radioscopie confirme le diagnostic clinique.

Notre malade ne fait pourtant pas de température. Elle tousse un peu et a eu pendant son séjour à l'hôpital sa première hémoptysie. Deux analyses de crachats ont été négatives. L'amaigrissement est sensible, depuis quelques mois surtout.

Appareil cardio-vasculaire : auscultation normale.

Pas de signes fonctionnels cardiaques.

Tension 13-8 1/2 (Pachon) Io = 3.

Appareils digestif, urinaire.

Rien à signaler.

Système nerveux. — Pas de troubles de la sensibilité subjective ou objective.

Réflexes cutanés et tendineux normaux.

Pas d'inégalité pupillaire.

Pas de troubles de l'accommodation.

Notre malade ne présente pas d'éruption. Ses muqueuses sont intactes.

Notons pour terminer l'œdème de la cheville gauche remontant jusqu'au niveau du tiers inférieur de la jambe et descendant sur le pied. Il semble dû à une arthrite tibio-tarsienne probablement bacillaire : la marche est douloureuse. Il existe une diminution sensible d'amplitude des mouvements de flexion et d'extension du pied et la palpation décèle un point douloureux nettement localisé à deux travers de doigt

au-dessous et en avant de la pointe de la malleole interne. Une radiographie comparative des deux pieds sur une même plaque montre seulement une zone très limitée de décalcification, sur l'astragale, au niveau de ce point douloureux.

A ce moment, deux réactions de Wassermann ont été pratiquées, dont l'une après essai de réactivation : les résultats ont été négatifs chaque fois.

La réaction d'opacification de Meinické a été recherchée mais elle n'a pu être exécutée, le sérum de la malade possédant la propriété de se gelifier à peu près instantanément en présence du formol.

Ce phénomène mérite de retenir l'attention. La formol-gélification a été préconisée par Gâté et Papacostas pour le séro-diagnostic de la syphilis mais on opère dans des conditions très différentes : il est indispensable d'abandonner le sérum au contact du formol pendant au moins trente heures à la température du laboratoire ou selon une dernière technique de Cernaïanu douze heures à la température de 37° et douze heures à la température du laboratoire. On observe alors dans les cas positifs une gélification du sérum.

Mais dans le cas de notre malade si l'on prend 1 cmc. de sérum, que l'on ajoute 2 gouttes de formaldéhyde du commerce (deux échantillons différents ont été utilisés) on constate, dans la minute qui suit l'addition du formol, la gélification brutale du sérum. Le gel devient d'une résistance particulière au point que l'on peut décoller le cylindre de sérum gélifié sans le briser. Il se laisse couper ensuite comme de la gélose ou du sérum coagulé par la chaleur.

Devant l'énormité des lésions, M. le Dr Le Nouëne pratique le 21 février 1929 l'extirpation totale de la tumeur

pédiculée et des grandes lèvres et fait une suture primitive aux crins.

Depuis la malade est soumise au traitement spécifique et nous n'avons observé encore aucune récidive.

EXAMENS DE LABORATOIRE

A. — **Examen bactériologique.**

Après cautérisation profonde d'une portion de la surface, la tumeur est incisée : à la coupe le tissu donne l'impression d'être lardacé ; la section est blanche et laisse exsuder un liquide incolore abondant.

Examen microscopique de la sérosité : a l'ultramicroscope on ne décèle aucun spirille ou spirochète ; des frottis colorés par la métode de Gram, par la thionine, par le Giemsa ou par la méthode de Ziehl Nelsen ne montrent la présence d'aucune bactérie.

Essais de cultures : les milieux suivants ont été ensemencés à l'aide de la sérosité recueillie.

Milieux aérobies : gélose nutritive additionnée d'ascite et d'Extrait globulaire.

Gélose Sabouraud.

Pomme de terre glycérinée.

Milieux anaérobies : gélose Veillon additionnée d'ascite et d'extrait globulaire.

Ces différents milieux ont été ensuite placés à l'étuve à des températures variant entre 20° et 37°.

Après plusieurs jours, on n'observe le développement que de rares colonies constituées par : staphylocoque blanc, streptocoque, gros diplocoque gram positif, anaerobie strict indéterminé, bacille fusiforme anaerobie strict.

La variété des microbes et le faible nombre des colonies montrent qu'il s'agit là simplement de saprophytes cutanés : ils appartiennent à la flore vaginale.

Les géloses de Sabouraud conservées pendant trois semaines sont restées stériles.

B. — Inoculation au cobaye.

Un fragment de la tumeur est découpé finement avec des ciseaux, en boîte de Petri stérile, puis broyé dans un mortier avec addition d'une petite quantité d'eau physiologique stérile. L'émulsion, après sédimentation légère, est inoculée au cobaye.

Cobaye mâle Ag Poids 775 grammes. Inoculation le 21 février de 2 cmc. du liquide d'émulsion sous la peau de la cuisse droite.

Dans les jours qui suivent, une tuméfaction se développe au lieu d'injection et il se forme une collection purulente que l'on incise dès qu'elle est devenue fluctuante. Le pus examiné contient les différents microbes isolés dans les cultures. La recherche des bacilles acido-résistants est négative.

L'incision se cicatrise ensuite très rapidement.

L'animal est en excellent état.

Le 14 mai. Poids 780 grammes. On prélève par biopsie les ganglions inguinaux du côté inoculé : ils paraissent normaux, on les divise en deux parties : l'une est destinée à l'examen histologique, l'autre sert à faire plusieurs frottis.

Après coloration au Ziehl Nelsen et bien que l'examen ait été poursuivi longuement, sur plusieurs lames, on ne peut déceler aucun bacille.

L'examen histologique des ganglions montre une sclérose légère mais l'architecture est à peu près normale et il n'y a pas trace de lésion inflammatoire en activité.

C. — **Examen histologique de la tumeur.**

De larges fragments de la tumeur prélevés en des régions différentes, sont fixés au sublimé-formol-acide acétique. Les coupes sont ensuite colorées par divers procédés, entre autres par la méthode de Masson (hémateïne, érythrosine, safran), par la méthode de Mann, et par le Ziehl Nelsen.

Description histologique. — Tumeur recouverte par un épiderme peu kératinisé et constituée par une hyperplasie conjonctive du derme accompagnée d'œdème et de phénomènes d'inflammation chronique.

L'épiderme n'est pas épaissi et présente simplement de légères lésions de spongiose.

Le tissu conjonctif du derme a un aspect variable : très riche en collagène immédiatement au-dessous

de l'épiderme, il est au contraire lâche et même hyalin vers le centre de la tumeur.

La vascularisation est abondante, surtout en lymphatiques généralement ectasiés ; les vaisseaux sanguins sont légèrement altérés : on note surtout un épaississement de la paroi.

Le processus inflammatoire envahit toute la tumeur : l'ensemble du tissu est parsemé de nodules dont la taille varie de même que la constitution.

Les nodules jeunes (fig. 1) se présentent sous la forme de manchons périvasculaires constitués par la réunion en couronne de plasmocytes purs, mono ou pluri-nucléés ; parfois cependant quelques lymphocytes s'ajoutent aux plasmocytes qui prédominent toujours nettement. On rencontre en outre quelques mastzellen. Les polynucléaires font à peu près complètement défaut.

Les nodules plus évolués (figure 2) sont formés au centre par une ou plusieurs cellules géantes ; ces cellules sont entourées de cellules épithélioïdes puis de lymphocytes mélangés à des plasmocytes.

Il est remarquable que les nodules contenant des cellules géantes renferment toujours une assez forte proportion des lymphocytes.

Une autre formation est assez constante : certains plasmocytes contiennent des granulations bien visibles surtout après la coloration de Mann. Ces granulations apparaissent alors tantôt bleues, tantôt rouges, excessivement petites et très nombreuses ou au contraire de grande taille et moins nom-

breuses. Elles correspondent aux « corps de Russel » (figure 3). On les trouve surtout dans les plasmocytes des nodules jeunes. Il semble bien que ces granulations constituent au moins une partie des inclusions arrondies, éosinophiles, que l'on voit dans certaines cellules géantes.

Les cellules géantes existent aussi en dehors de tout nodule, à l'état libre, en plein tissu conjonctif, où elles paraissent subir un processus dégénératif marqué. En aucun point on ne peut noter de caséification.

PLANCHE II

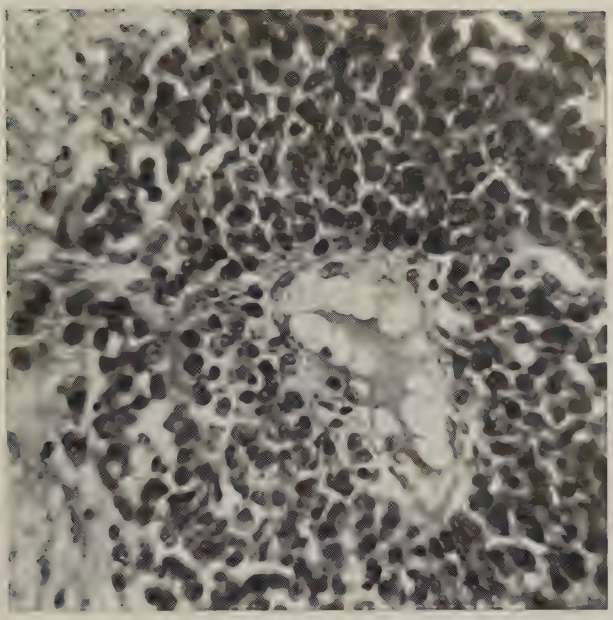


FIGURE 1. — GR. : 380

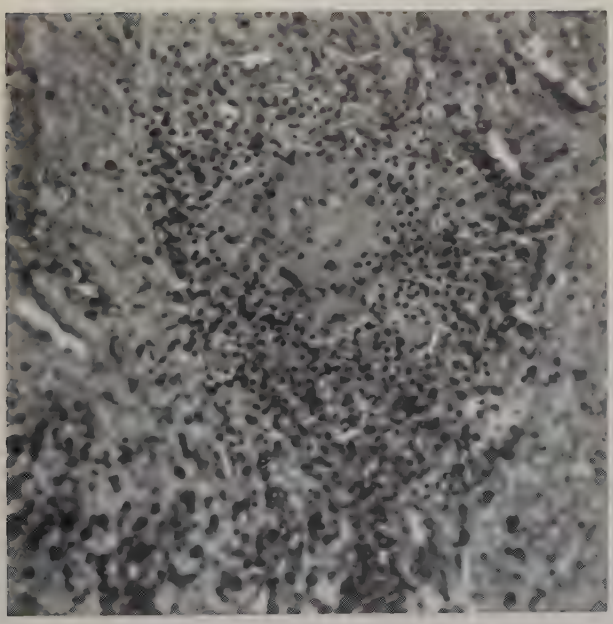


FIGURE 2. — GR. : 200

PLANCHE III

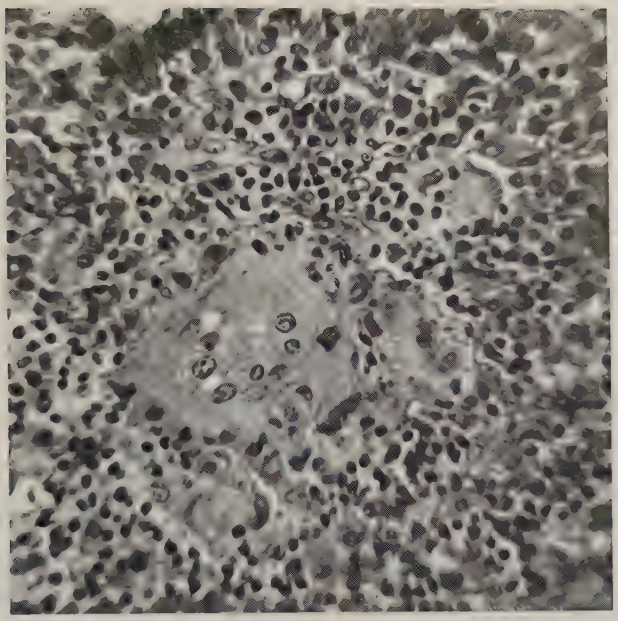


FIGURE 2. — GR. : 380

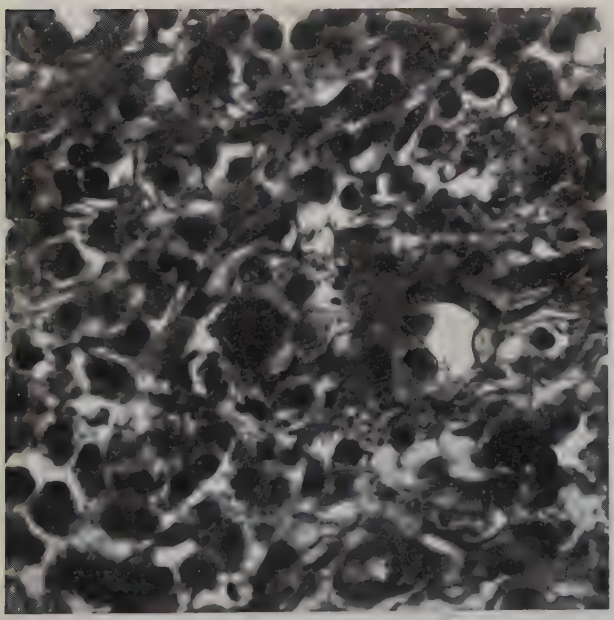


FIGURE 3. — IMMERSION. GR. : 1100

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

En présence de cet éléphantiasis ne s'accompagnant pas d'ulcération locale, on peut écarter l' « Esthiomène de la vulve ».

L'éléphantiasis s'est ici constitué de façon insidieuse et puisqu'il n'y a pas, à la lecture de l'observation clinique et anatomo-pathologique, de facteur étiologique saillant, nous sommes naturellement amenés à envisager les causes de l'éléphantiasis vulvaire en général avant d'essayer de situer le cas ci-dessus dans le cadre des éléphantiasis.

Nous nous reporterons donc à la classification étiologique de Hudelo et Rabut et étudierons successivement :

L'éléphantiasis strepto-staphylococcique ;

L'éléphantiasis vénérien ;

L'éléphantiasis tuberculeux.

ÉTUDE ÉTIOLOGIQUE DES ÉLÉPHANTIASIS VULVAIRES EN GÉNÉRAL

L'éléphantiasis strepto-staphylococcique.

L'infection microbienne banale et en particulier, comme l'a montré Sabouraud, l'infection streptococcique joue un rôle très important dans l'apparition de l'éléphantiasis vulvaire, même dans les formes sans ulcération et pour lesquelles Koch pense que le phénomène primordial est la stase lymphatique déterminée pour une adénite chronique scléreuse.

Le streptocoque est par excellence le microbe aux pullulations récidivantes sur un même terrain soit qu'il y produise une série indéfinie de réinfections locales, soit qu'il réalise le phénomène du microbisme latent. Ce microorganisme agit pour provoquer la pachydermie en favorisant l'oblitération, l'engorgement des voies naturelles d'écoulement de la lymphe, soit par des lésions inflammatoires chroniques des petits vaisseaux, soit par des effets mécaniques d'obstruction. Mais si cet agent infectieux produit le plus souvent de la lymphangite en pénétrant dans les tissus par une excoriation insignifiante qui peut passer inaperçue, quelquefois il s'installe

à la faveur d'une lésion cutanée préexistante : syphilides ulcéreuses, lupus.

On comprend d'ailleurs la fréquence de cet éléphantiasis infectieux à la vulve, région soumise à des traumatismes multiples ou répétés (accouchements, coït, grattage) et éminemment exposée aux inoculations microbiennes (leucorrhée, soins de propreté insuffisants).

Dans un bon nombre de cas, la porte d'entrée de l'infection est évidente : c'est une écorchure, une érosion quelconque. La lymphangite première peut faire une apparition bruyante avec sa rougeur œdémateuse et douloureuse progressive, ses traînées tronculaires, son adénopathie et son cortège de malaises fébriles. Tout rentre dans l'ordre au bout de quelques jours, mais il se produit des récrudescences répétées, quelquefois même rythmiques, à l'occasion de causes banales. Souvent elles sont d'ailleurs moins violentes et plus traînantes que le premier épisode. La tuméfaction qui ne s'était pas entièrement dissipée s'installe et augmente peu à peu.

D'autres fois pourtant la lésion initiale échappe. Les poussées sont apyrétiques et ne s'accusent que par de la lourdeur ou un endolorissement de la région : la lymphangite n'est qu'apparente dans ce cas et cependant tout porte à croire qu'il a dû se produire une obstruction lymphatique. Cette dernière paraît évidente dans les éléphantiasis conséquence d'une adénopathie.

Eléphantiasis vénérien.

Les affections vénériennes peuvent être le point de départ d'un éléphantiasis vulvaire, soit qu'elles y jouent un rôle exclusif, soit qu'elles servent de porte d'entrée à l'infection secondaire.

La blennorragie semble rarement être en cause. Oberlaüder lui attribuait cependant toutes les ulcérations chroniques de la vulve, ce qui, aux yeux de Jacobi, en particulier, paraît excessif car il est loin d'être démontré qu'il existe des ulcérations primitives d'origine gonococcique. On peut néanmoins admettre que les fistules déterminées par l'infection blennorragique des glandes vulvaires sont l'occasion de poussées inflammatoires, sinon gonococciques, du moins staphylococciques, susceptibles d'entraîner le processus d'hyperplasie éléphantiasique. Mais nous rentrons ici dans le chapitre précédent.

La chancrelle serait presque toujours pour Jacobi la lésion ulcéreuse initiale de l'esthiomène, expliquant la fréquence de cette lésion chez les prostituées. L'importance du rôle joué par le bacille de Ducrey est indéniable pour tous les auteurs mais ici encore l'infection secondaire est certaine.

La syphilis, en tant que facteur d'érosions et d'ulcérations, peut sans doute à toutes ses périodes créer une porte d'entrée à l'inflammation pour laquelle elle constitue un terrain favorable au développe-

ment de l'éléphantiasis. Mais en pratique c'est presque exclusivement à la période tertiaire que surgissent les phénomènes d'hypertrophie chronique de la vulve. Les syphilides ulcéreuses, et à plus forte raison les syphilides phagédéniques, agissent au titre de toute ulcération chronique, susceptible d'infection. Les gommes ont un processus mixte, tuméfiant dans leur variété diffuse tout un département vulvaire.

Enfin sous le nom de « syphilome hypertrophique » Fournier décrit une tuméfaction considérable portant sur partie ou totalité de la vulve et qui serait exclusivement le fait de l'infection spécifique. Cette lésion se rapprochait dans l'esprit de Fournier de celle qu'il avait dénommée « syphilome ano-rectal » et qui selon lui ne pouvait qu'exceptionnellement envahir la vulve. Pour Jersild ces deux lésions n'en font qu'une, intéressant tantôt la vulve, tantôt la région ano-rectale : il n'y a qu'une différence de localisation.

Le diagnostic de cette forme se basera sur l'absence de toute lésion locale originelle, la spontanéité du début, la coexistence d'accidents syphilitiques en d'autres points du corps et l'évolution torpide sans douleurs et sans réaction inflammatoire.

Le traitement a d'ailleurs peu d'influence. Les auteurs sont presque unanimes à constater qu'en pareille circonstance le traitement anti-syphilitique

agit mal et que surtout son action demande pour se manifester un temps relativement long.

Toutefois Gâté et Rousset, dans un cas qu'ils rapportent dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* d'avril 1929, prétendent avoir obtenu une amélioration très sensible en un mois et demi.

Eléphantiasis et tuberculose.

La tuberculose vulvaire a été étudiée par de nombreux auteurs et d'autre part l'éléphantiasis tuberculeux a été l'objet de travaux importants, notamment de la part de Lonjean, Lagrange, Gougerot, Poewerlin, Bender, Forgue, Brachet.

Comme pour la syphilis, le point de départ peut être une lésion ulcéreuse déterminant une infection mixte, ou au contraire être indépendante de toute ulcération, constituant, par analogie avec le syphilome, le « tuberculome hypertrophique ».

Le premier cas, le plus fréquent, répond à « l'Esthiomène d'Huguier » que cet auteur considérait comme toujours de nature tuberculeuse. Nous savons maintenant qu'il y a lieu d'être éclectique et que l'ulcération tuberculeuse n'est qu'une des causes de ce syndrome.

Le deuxième cas est plus rare puisqu'il n'en existe que huit observations classiques : celles de Poewerlin, de Petit et Bender, de Bender, de Gougerot, de Boursier, de Forgue et Massabuau, de Milian et Lafourcade, de Hudelo et Rabut.

Entre ces types cliniques, il existe selon Gougerot tous les intermédiaires et l'on peut facilement concevoir sur un œdème inflammatoire une ulcération qui se cicatrisera et finira par être masquée par la réaction éléphantiasique. D'ailleurs, parmi les diverses observations d'éléphantiasis tuberculeux vulvaire sans ulcération, il en est plusieurs où l'on ne peut proprement parler de « tuberculome » puisqu'il existe en même temps, sinon une ulcération, du moins une lésion bacillaire de voisinage. C'est notamment le cas des observations de Forgue et Massabuau, Hudelo et Rabut, Lafourcade et Milian,

Comme pour l'éléphantiasis vénérien, la lésion initiale spécifique peut être le point de départ d'une infection surajoutée.

Le début de ce tuberculome hypertrophique est lent et insidieux et caractérisé seulement par une augmentation progressive d'une des parties de la vulve. A la période d'état les douleurs sont peu marquées et les signes physiques dominent la scène.

L'adénopathie siégeant à l'aîne est un symptôme important : pourtant elle manque dans les cas de Poewerlin et Bender où les lésions sont strictement limitées à la vulve. La marche est lente. Il n'y a pas de poussées fébriles. Les récidives sont fréquentes après l'extirpation, et l'évolution se fait vers la tuberculose viscérale. Là encore, comme pour la syphilis, la coexistence d'autres localisations bacillaires aidera au diagnostic.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE DANS NOTRE CAS PARTICULIER

Cette rapide étude va-t-elle maintenant nous permettre de situer notre malade dans un des cadres mentionnés ci-dessus ?

Sans doute le problème reste difficile à résoudre et c'est par l'interrogatoire, l'examen général, les secours du laboratoire qu'on aura des chances de s'orienter dans la bonne voie.

Cliniquement, notre malade offre un éléphantiasis nostras de la vulve à forme hypertrophique d'emblée. Elle n'a jamais eu la moindre ulcération et n'a jamais présenté d'accès éléphantiasiques ou poussées lymphangitiques même atténuées.

On écartera donc l'éléphantiasis infectieux streptostaphylococcique ou même l'éléphantiasis infectieux secondaire à une chancrelle, à une ulcération tuberculeuse ou syphilitique, à une lésion de voisinage (bartholinite).

D'ailleurs, les cultures n'ont mis en évidence que de rares saprophytes cutanés appartenant à la flore vaginale.

Nous avions pensé un moment à une origine my-

cosique de cet éléphantiasis vulvaire, mais là encore les cultures sont restées stériles.

Il ne reste donc en présence que deux diagnostics à discuter :

Le syphilome hypertrophique de Fournier.

Le tuberculome hypertrophique.

Dans les deux cas le début est, comme nous l'avons vu ci-dessus, lent et insidieux et l'évolution se fait de façon torpide sans douleur ni réaction inflammatoire. Il n'existe donc pas de différence clinique à part toutefois la présence fréquente de ganglions inguino-cruraux dans l'éléphantiasis tuberculeux, et encore ce fait n'est pas constant.

En faveur de la syphilis plaident les trois fausses-couches survenues spontanément et le traitement spécifique qui a été institué par un médecin du Havre à la suite d'une prise de sang. Il est vrai que nous ignorons le résultat de cette recherche et depuis l'entrée de notre malade à l'hôpital, deux réactions de Wassermann ont été négatives. Quant à la formol-gélification que nous avons obtenue, elle s'est produite dans des conditions vraiment par trop différentes de ce qui se passe normalement dans la technique de Gâté pour que nous puissions conclure à la syphilis. D'ailleurs, l'examen général de la malade n'a montré aucun signe de spécificité.

Cliniquement, nous serions davantage tentés d'incriminer la tuberculose, car Mme E... a des antécédents personnels indéniables et présente d'autres

localisations bacillaires : lésions évolutives au sommet gauche et arthrite tibio-tarsienne.

Elle tousse, maigrit et a fait au mois d'avril dernier une hémoptysie de moyenne abondance. Il est vrai que deux analyses de crachats ont été négatives. D'autre part, il est permis de mettre en doute la nature tuberculeuse de l'arthrite.

L'étude anatomo-pathologique des fragments prélevés pour biopsie ne nous apporte pas davantage de signature étiologique précise. En aucun point, on ne rencontre de réaction polymorphe témoignant d'une infection aiguë banale. Il est certain qu'on est en présence d'un processus infectieux chronique d'allure assez particulière et là encore les deux diagnostics envisagés ci-dessus se posent.

En faveur de la syphilis, on note les faits suivants : la prédominance évidente de plasmocytes, les lésions vasculaires, l'hyperplasie du tissu conjonctif, l'absence de caséification, les résultats négatifs de recherche du bacille tuberculeux.

Toutefois des auteurs, Gougerot en particulier, signalent des cas d'éléphantiasis tuberculeux sans follicules tuberculeux typiques.

CONCLUSIONS

En résumé, il semble qu'on puisse envisager au point de vue clinique deux variétés d'éléphantiasis nostras de la vulve :

La forme décrite par Huguier en 1848 sous le nom d' « Esthiomène » où le processus hypertrophique paraît secondaire à une ulcération plus ou moins chronique de la région vulvaire.

Une forme hypertrophique d'emblée, à début insidieux et évolution torpide, à l'origine de laquelle on rencontre la tuberculose ou la syphilis.

Le cas que nous publions se rattache à cette seconde forme :

La lésion s'est développée chez une femme également suspecte de syphilis et de tuberculose sans que l'on puisse, par l'examen clinique et les secours du laboratoire, conclure avec certitude à l'une ou l'autre de ces deux infections.

Nous signalons en outre un fait nouveau qui naturellement demande à être confirmé par d'autres observations : c'est le phénomène de la coagulation brutale du sérum de notre malade par l'addition du formol. Il serait peut-être intéressant de faire sys-

tématiquement cette recherche dans les cas d'éléphantiasis afin de savoir si cette réaction ne correspond pas spécifiquement à la maladie qui nous occupe.

Vu : le Président de la thèse,
LECÈNE.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Begouin et *Papin*. — Précis de Pathologie chirurgicale, tome V, p. 685.

Besnier. — De l'Eléphantiasis (Gazette des Hôpitaux. Paris, 1878, p. 1017-1035-1041-1083-1099).

Bonain. — Tuberculose de la vulve. Thèse Paris, 1904.

Brachet. — Elephantiasis et tuberculose. Thèse Paris, 1910.

Darier. — Précis de Dermatologie, p. 401.

Dechaux. — Lésions de nature indéterminées, éléphantiasiformes aux grandes lèvres, pseudo-sclérodermiques aux cuisses, non congénitales (Annales de Dermat. et Syphiligr., 1911, 5e série, p. 169).

Dominici. — Pratique dermatologique (Art. Eléphantiasis, t. II, p. 356).

Favre et *Gâté*. — Tuberculose cutanée et infections associées. Parasitisme spirillaire et tuberculose végétante périanale (Annales de Dermat. et Syphiligr., février 1928).

Fournier et *Mendel*. — Elephantiasis nostras (Bull. Soc. franç. de Dermat., 1893, p. 362).

Forgue et *Massabuau*. — L'éléphantiasis tuberculeux (Revue de Chirurgie, 1909, p. 1029-1051).

Gâté et *Rousset*. — A propos d'un cas d'éléphantiasis vulvaire (Annales de Dermat. et Syphil., avril 1929, p. 354).

Gougerot. — Tuberculoses et nocardoses éléphantiasiques chroniques ulcéreuses et fistuleuses recto-ano-génitales. (Presse médicale, 1925, p. 1121).

— Eléphantiasis tuberculeux (Revue de Chirurgie, 1912).

— Traitement de l'éléphantiasis tuberculeux (Revue générale de Chirurgie et Thérapeutique).

— Bacilloses atypiques non folliculaires (Revue de tuberculose, 1908, n° 6).

Goubert. — Etats éléphantiasiques non filariens. Thèse Montpellier, 1903.

Guillet. — Pathogénie des éléphantiasis. Thèse Lyon, 1904.

Hudelo, Caillau, Pierrot. — Eléphantiasis ano-recto-vulvaire d'origine tuberculeuse chez une syphilitique (Bull. Soc. de Dermat., juillet 1924, p. 355).

Hudelo, Rabut, Caillau. — Eléphantiasis tuberculeux de la vulve (Bull. Soc. de Dermat., 1926, p. 650).

Hudelo et *Rabut.* — Eléphantiasis de la vulve.(Presse Médicale, 1927, p. 129).

Hugel. — Un cas d'Eléphantiasis nostras (R. D. Sasbourg mars 1922).

Jersild. — Annales de Dermat. et Syphil., 1920, p. 62 et 433.

Milian et *Lafourcade.* — Esthiomène de la vulve. (Bull. Soc. Dermat., juillet 1925).

Milian et *Delarue.* — Eléphantiasis vulvaire. (Bull. Soc. Dermat. et Syphil., juin 1927, p. 396 et 433).

Nicolas et *Favre.* — Contribution à l'histologie pathologique des syphilides tertiaires cutanées (Annales des maladies, vénériennes, juin 1907).

Petit et *Bender.* — Tuberculose hypertrophique, pseudo-éléphantiasique, non ulcéreuse de la vulve. (Société anat., 1903 et Revue Gynécol. et Chir. abd., 1903, p. 947).

Queyrat et *Deguignaud.* — Eléphantiasis de la vulve (Bull. Soc. Dermat. et Syphil., 1921, p. 357).

Sabouraud. — Parasitologie de l'éléphantiasis. (Ann. de dermat. et Syphil., 1892, p. 592).

Cernaïanu. — Sur la réaction de la formol-gélification dans la Dourine du cheval (C. R. biologie, t. 99, p. 1181).

---

385. — Imp. de la Faculté de Médecine, Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 6-29